

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載 する。)	医療機関名 医師名		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり 2. なし ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 1. あり 2. なし				
検査所見	1. B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量 (単位: _____、測定法_____)	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	
		(検査日: 平成 年 月 日)		(検査日: 平成 年 月 日)	
		AST _____IU/l(施設の基準値: _____~_____)		AST _____IU/l(施設の基準値: _____~_____)	
ALT _____IU/l(施設の基準値: _____~_____)		ALT _____IU/l(施設の基準値: _____~_____)			
血小板数 _____/μl(施設の基準値: _____~_____)		血小板数 _____/μl(施設の基準値: _____~_____)			
3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)		(検査日: 平成 年 月 日) (所見)		(検査日: 平成 年 月 日) (所見)	
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)				
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日				
医師氏名	印				

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。